

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 111

DE
L'HYPERTROPHIE

de l'Amygdale linguale

(QUATRIÈME AMYGDALE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Février 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE ROSENTHAL

Né à Sainte-Barbe-du-Tlélat (Algérie), le 23 février 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	}	GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	}	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.	}	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.	}	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.	}	LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe	}	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.	}	TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	}	MAYET.
Médecine légale		TRUPIER.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAULET.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COURMONT (J.), Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. PIC et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A MA FAMILLE

INTRODUCTION

Nous n'avons pas eu la prétention, en faisant ce travail, de créer un nouveau chapitre dans la pathologie du premier segment du conduit aérifère.

Il nous a paru intéressant de réunir, dans une même étude, tout ce qui a trait à une question qui n'a connu le jour que depuis un nombre assez restreint d'années.

Avant d'entrer dans la question qui doit nous occuper, nous avons cru devoir donner un aperçu anatomique de la région qui peut être atteinte par l'affection qui est le sujet de notre thèse.

Aussi, avons-nous divisé notre travail en huit chapitres :

1^o Historique de l'hypertrophie de la quatrième amygdale.

2^o Anatomie de l'amygdale linguale et historique anatomique.

3^o Anatomie pathologique.

4^o Etiologie.

5^o Symptomatologie, marche et pronostic

6^o Diagnostique.

7^o Traitement.

8^o Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons donné, succinctement, ce que nous avons cru devoir conclure de notre étude.

Mais, avant d'entrer dans notre sujet, il nous reste un devoir d'autant plus facile à remplir qu'il nous est plus agréable.

Que nos maîtres de l'Ecole et de l'Hôpital d'Alger, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, reçoivent ici l'assurance de toute notre gratitude.

Que M. le professeur Curtillet, qui nous témoigna son amitié, dans une circonstance particulièrement douloureuse pour nous, reçoive ici le témoignage de notre éternelle reconnaissance.

Que M. le professeur J. Courmont veuille bien accepter notre reconnaissance et nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Lannois reçoive l'assurance de toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, en dirigeant notre travail et en nous communiquant ses observations qui relèvent notre étude.

M. le Dr Ferran nous a donné l'idée première de notre thèse et a bien voulu la rendre plus intéressante par ses observations; nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre gratitude.

Que tous ceux, enfin, dont l'amitié de vieille ou de récente date nous a été d'un puissant secours dans la période de nos études, et qui se reconnaîtront dans ces lignes, veuillent bien croire que nous ne les oublierons jamais et que nous serons toujours pour eux un ami reconnaissant et dévoué.

HISTORIQUE

Si l'on compulse les ouvrages, rapports, thèses ou notices, ayant trait à l'hypertrophie de la quatrième amygdale, l'on peut se rendre facilement compte que cette dernière n'a pris place, pour la première fois, dans les questions d'ordre pathologique, que depuis les travaux de Lennox-Browne.

C'est lui, en effet, qui en parla le premier en 1880, dans une étude présentée au Congrès international de Laryngologie de Milan.

Les études de ce savant praticien ne restèrent pas sans fruit, car elles firent faire, dans le monde médical, des recherches sur les nouveaux éléments apportés à la pathologie de l'arc inférieur du cercle lymphoïde de Waldeyer.

Swain, en 1886, fit entrer la quatrième amygdale dans le domaine de l'anatomie pathologique, à côté des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée, par sa savante étude contenue dans le tome XXXIX, des *Deutsch. Archiv. für Klinisch. Medizin.*

Ostmann en 1884, Rice en 1886, Gleitsmann 1887, firent paraître sur elle des études intéressantes

C'est seulement en 1888, que Ruault, le premier en France, étudia spécialement l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Balme, la même année, lui réserve un chapitre dans son étude, très documentée, sur l'hypertrophie des amygdales.

Farlow, Beverley - Robinson, Hans Møeller, Herzog, Teulières dans sa thèse de Bordeaux, en 1889 ; Joal, Michelson, Thraser, Barclay-Baron, en 1890 ; Boulenger, Hamilton, en 1893 ; Seifert et Simanowski. Sallard, en 1894 ; Aymé, en 1895 ; Lennox-Browne à nouveau, Bar, de Nice, Didsbury, Ricci de Trévisé, en 1897, s'occupèrent successivement de la nouvelle amygdale et s'efforcèrent de mettre au point l'étude de son hypertrophie.

Enfin, en 1898, le docteur Escat, de Toulouse, présenta un long et remarquable rapport sur les affections de l'amygdale linguale, à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

ANATOMIE

Si, comme l'on a pu s'en rendre compte dans le chapitre précédent, la pathologie de l'hypertrophie de la quatrième amygdale date seulement des dernières années du siècle qui vient de finir, il en est tout autrement pour ce qui concerne l'anatomie de cette amygdale.

Il faut, en effet, remonter jusqu'au XVIII^e siècle pour retrouver le premier auteur qui s'en soit occupé.

En 1764, Haller signale la présence de quelques glandes folliculeuses vers la base de la langue, sans y attacher aucune autre importance.

Plus tard, Warthon, Læffenberg et Morgagni, en étudiant ces glandes, disent qu'elles pourraient bien avoir quelque analogie avec les amygdales palatines.

Wolf décrit bien le tissu adénoïde de la base de la langue, mais ne mentionne nullement les connexions qu'il peut avoir avec le tissu adénoïde des autres amygdales.

C'est à Kœlliker, en 1852, que revient l'honneur d'avoir enfin fait connaître la vraie structure des glandes folliculeuses de la base de la langue.

Mayer, en 1853, s'occupe de leur anatomie; Asvénus, en 1859, les étudie, mais prétend qu'on peut les rencontrer en tout autre point du corps.

Luschka, Henle (1873), Stohr (1877), Betz (1879) s'occupent de leur anatomie et de leur physiologie.

D'autres encore depuis s'en sont occupés; nous ne citerons que Frey, Waldeyer (1884), Swain, Arloing et Chauveau, Retterer surtout dans ses nombreux et remarquables travaux sur l'évolution et l'origine des amygdales, Mac-Bride, Wyat Wingrave en 1892.

Quant à la question purement histologique, tous les traités spéciaux s'en sont emparés maintenant et nous n'en décrirons pas la texture, ne voulant faire surtout qu'une question pathologique. Nous dirons la même chose pour ce qui concerne la physiologie.

Si l'on examine attentivement, au laryngoscope, la partie de la muqueuse linguale située en arrière des papilles caliciformes, on trouve entre ces mêmes papilles constituant le V lingual et l'épiglotte d'une part, entre les deux amygdales palatines d'autre part, une série de saillies mamelonnées, tantôt isolées, tantôt en groupe, et variables par leur nombre et leurs dimensions chez chaque individu.

C'est l'ensemble de ces saillies (qui sont les glandes folliculeuses de la base de la langue), que l'on nomme, aujourd'hui, amygdale linguale ou quatrième amygdale.

Au nombre de 40 à 100 chez l'enfant, exactement



AMYGDALE LINGUALE NORMALE CHEZ L'ADULTE



AMYGDALE LINGUALE CHEZ L'ENFANT

66 d'après Ismann, ces glandes folliculeuses sont séparées les unes des autres, par des dépressions circulaires formant rigoles.

C'est vers l'âge de 14 ans qu'elles atteignent leur maximum de grosseur.

A partir de cet âge, elles commencent à s'atrophier.

Cette atrophie débute par celles qui sont situées vers le milieu de la base de la langue, créant ainsi, entre les follicules qui restent, un sillon qui va s'agrandissant de plus en plus. A travers la muqueuse tapissant ce sillon, on peut apercevoir petit à petit, les veines formant trois groupes distincts : un médian, deux latéraux.

A l'âge adulte, il ne subsiste plus que quelques follicules isolés, placés surtout vers la partie inférieure des piliers antérieurs des amygdales palatines et vers les bords antérieurs des fossettes glosso-épiglottiques.

On voit par cette atrophie, que le rôle physiologique de l'amygdale linguale doit être surtout infantile. Cette atrophie l'identifie déjà avec le reste de l'anneau de Waldeyer, quoiqu'elle soit plus hâtive que l'atrophie des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée.

Tous les mammifères ne possèdent pas également des glandes folliculeuses vers la base de la langue. Mais on en trouve constamment chez le cheval, le bœuf et le porc, et chez ce dernier, elles peuvent même atteindre un développement considérable.

Arloing et Chauveau, qui l'ont étudiée chez les

solipèdes, donnent la description suivante de l'amygdale linguale : « A l'entrée de l'isthme du gosier, la muqueuse linguale est mamelonnée, et chaque mamelon est percé d'un orifice. Cette disposition est liée à l'existence, en ce point de la langue, de follicules clos. Ces follicules, plus ou moins volumineux, sont très rapprochés les uns des autres et séparés des muscles par une couche continue de glandes en grappe. Ils sont constitués par une coque de tissu conjonctif condensé et par du tissu adénoïde qui présente, en son centre, une cavité communiquant avec l'orifice situé au-dessus du follicule et tapissée par l'épithélium lingual moins sa couche cornée ».

Dans son *Traité d'Histologie*, Frey décrit ainsi la quatrième amygdale : « On observe dans la muqueuse des cavités infundibuliformes plus ou moins profondes, qui peuvent atteindre 3 mill. 5 d'étendue et plus ; les parois sont formées par le tissu de la muqueuse, de sorte qu'on y trouve non seulement l'épithélium pavimenteux, mais encore les papilles. Toute la cavité est entourée d'une épaisse couche de tissu conjonctif réticulé, qui longe d'innombrables cellules lymphatiques et qui s'étend jusqu'au revêtement épithélial. On rencontre souvent dans cette couche, de petits follicules lymphatiques de 0 mill. 28 à 0 mill. 56 de diamètre. Ils se distinguent par leur charpente lâche à larges mailles. Tantôt ils sont nettement circonscrits, tantôt leurs limites sont moins distinctes... »

« Il est des cavités de la muqueuse linguale où l'on n'observe pas de follicules.

« La cavité infundibuliforme est généralement enveloppée par une capsule compacte de tissu conjonctif ; on ne retrouve point cette dernière quand la cavité est mal accusée ; on rencontre beaucoup de glandes en grappe à côté et au-dessous des follicules linguaux. Les conduits excréteurs débouchent dans le voisinage immédiat de l'orifice de la cavité ou dans la cavité elle-même. Chez quelques mammifères, par exemple le lapin, mouton, chien, ces glandes manquent tout à fait. Chez d'autres, elles offrent à peu près la même texture que chez l'homme, entr'autres, le cheval, le cochon, le bœuf. . . »

Chacune des saillies dont nous avons parlé tout à l'heure constitue un follicule lingual.

Ce follicule est un amas de tissu adénoïde de 1 à 4 mill. de diamètre, situé dans les couches les plus superficielles du chorion muqueux. Il présente, en son centre, un orifice punctiforme pouvant atteindre quelquefois 1 mill. Cet orifice conduit dans une cavité affectant la forme d'un infundibulum, c'est la cavité folliculaire qui reçoit le canal excréteur des glandes en grappe.

Les dimensions du follicule varient pour chacun d'eux. Quelquefois cependant, le follicule ne présente ni orifice, ni cavité et semble devoir être un simple tubercule assez difficile de différencier d'avec les papilles linguales.

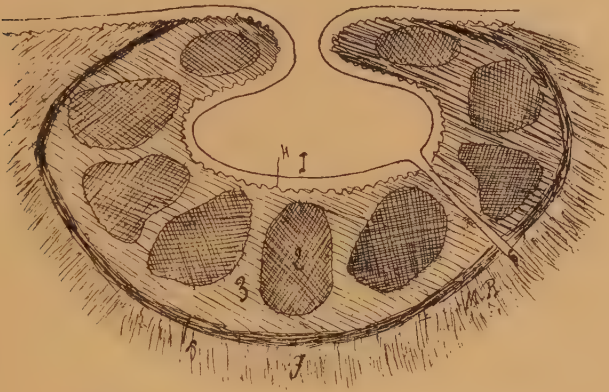
Si nous examinons la coupe ci-jointe de ces follicules nous trouvons successivement :

1° *Un épithélium pavimenteux stratifié, faisant suite à l'épithélium de la muqueuse linguale.*

2° Une couche papillaire sous-épithéliale, constituée par des papilles simples.

3° Du tissu adénoïde contenant un nombre variable de follicules clos.

4° Des faisceaux entrecroisés venant du chorion de la muqueuse linguale et formant une véritable capsule fibreuse.



COUPE SCHÉMATIQUE D'UNE GLANDE FOLLICULEUSE
DE LA BASE DE LA LANGUE

1. Muqueuse de la glande continuant la muqueuse linguale.
2. Follicule clos.
3. Tissu adénoïde enveloppant les follicules clos.
4. Couche papillaire sous épithéliale.
5. Capsule fibreuse venant du chorion muqueux.
6. Canal excréteur d'une glande en grappe s'ouvrant dans une cavité de glande folliculeuse.
7. Tissu sous-muqueux.

Le type « amygdale » étant constitué par du tissu conjonctif réticulé et des nodules lymphatiques, on voit que les glandes folliculaires de la base de la langue constituent bien, par leur ensemble, l'analogo-

gue des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée.

Par sa situation et sa texture, l'amygdale linguale forme donc bien, comme nous le disions en débutant, l'arc inférieur de l'anneau lymphoïde de Waldeyer.

Quant à ses vaisseaux artériels, ils proviennent de la dorsale de la langue, qui jette de nombreux ramuscles tout autour des glandes folliculeuses.

Les veines issues des formations glandulaires se jettent dans les dorsales de la langue et, de là, dans la jugulaire interne.

Quant aux lymphatiques, Sappey en a donné une description exacte et complète.

Au nombre de 4 à 6, les troncs lymphatiques se dirigent les uns vers l'épiglotte, les autres vers les amygdales palatines et viennent se terminer en deux ou trois ganglions, situés au voisinage du larynx, en avant de la jugulaire interne.

Quant à l'embryologie des glandes folliculeuses, elle est identique à celle des autres amygdales. Ce n'est que vers le quatrième ou cinquième mois de la vie embryonnaire, que commencent à se présenter les premiers symptômes de ce qui sera plus tard l'amygdale linguale. Quant à la présence des follicules clos, elle n'est constatée qu'après la naissance.

On sait, d'autre part, que les organes lymphoïdes naissent pendant la vie fœtale, des feuilletts moyens du blastoderme dans lesquels se sont produits des invaginations de bourgeons épithéliaux ectodermiques ou endodermiques.

Nous renvoyons d'ailleurs, à ce sujet, à la magis-

trale étude de Retterer, sur l'origine et l'évolution des amygdales chez les mammifères, parue en 1888, dans le *Journal d'Anatomie et de Physiologie*. Nous n'oserions en donner un résumé, de crainte d'en diminuer la valeur, en n'étant pas à la hauteur de cette tâche. Nous nous contenterons de donner les conclusions de ce maître :

« L'évolution des tonsilles chez l'homme peut se subdiviser :

1° Formation des invaginations épithéliales dans la région de l'isthme du gosier et production, dans leur intervalle, de nodules conjonctifs embryonnaires, très vasculaires.

2° Formation et détachement des bourgeons terminaux, puis pénétration, éléments par éléments, de la trame mésodermique et du tissu ectodermique.

Quant à la physiologie, elle est encore sujette à de nombreuses controverses, et sans vouloir entamer ce sujet, nous nous contenterons de dire avec Ranvier : « Les cellules lymphatiques, ne trouvant dans l'organisme aucun milieu qui puisse leur fournir une quantité d'oxygène suffisante pour leur élaboration et leur division, s'introduisent dans la substance folliculaire, richement pourvue de vaisseaux, pour y subir la transformation. Ils deviennent ainsi un lieu d'élaboration des cellules lymphatiques ». Ranvier y a d'abord observé la division directe, Flemming la division indirecte des cellules lymphatiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à ce jour, cette question a été identifiée à celle de l'anatomie pathologique de l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngée.

Swain, qui s'en est occupé le premier, ne trouva que des modifications semblables dans les deux cas. Il en fut de même pour Schœde. Tous les éléments qui concourent à la formation des glandes folliculeuses, sont atteints par l'hypertrophie. Le réseau papillaire du chorion, repoussé par l'hypertrophie des tissus sous-jacents, est moins net que normalement, et il semble qu'en certains endroits il a disparu, comme étouffé entre la muqueuse et les tissus sous-jacents hypertrophiés. Cette atrophie papillaire donne à la surface hypertrophiée l'aspect lisse et uni qu'elle possède à la vue. Les follicules clos sont eux-mêmes atteints par l'hypertrophie. Le tissu adénoïde logeant ces follicules est augmenté de volume par une infiltration de nouvelles cellules étoilées.

Quant à la capsule fibreuse entourant la glande, elle est aussi augmentée par la formation de nouveaux faisceaux épais de tissu conjonctif.

ÉTIOLOGIE

Il semblerait que l'analogie qui existe entre l'amygdale linguale d'une part, et les amygdales palatines et pharyngée d'autre part, au point de vue texture anatomique, ait eu besoin d'être renforcée par l'analogie qui existe, entre toutes ces amygdales, au point de vue de l'incertitude étiologique de leur hypertrophie.

Il est cependant un fait à constater dans l'étude étiologique de l'affection qui nous occupe ; c'est que tous les auteurs qui s'en sont occupés sont d'accord pour lui donner son maximum de fréquence chez l'adulte, à l'âge moyen de la vie, entre 20 et 40 ans.

Rare chez le vieillard, quelques auteurs cependant ont pu en recueillir des observations (Moure, obs. XV).

Si l'on a pu en constater quelquefois, bien rarement il est vrai, chez l'enfant, c'est sans aucun symptôme qui ait pu être nettement attribué à cette affection, ou avec des symptômes morbides peu accentués et assez vagues.

. Si l'on suit cependant la marche de progression et de régression, de l'arc inférieur de l'anneau

lymphoïde de Waldeyer, il semblerait que c'est surtout dans le jeune âge que cet arc de l'anneau adénoïde devrait être le plus atteint par cette affection, car il est à son maximum d'évolution vers l'âge de 14 ans.

Il est pourtant très probable que cette lésion de l'amygdale linguale a dû souvent passer inaperçue chez l'enfant, en raison des lésions concomitantes beaucoup plus graves des amygdales palatines et pharyngée, lésions qui avaient pu attirer sur elles toute l'attention des praticiens appelés à les constater. D'autant plus que l'examen au miroir laryngien est souvent pénible chez l'enfant, de sorte que le médecin est peu disposé à le pratiquer.

Et, comme le fait remarquer le docteur Escat, lorsqu'après l'ablation de végétations adénoïdes, ou après la disparition d'amygdalite palatine, il subsiste chez l'enfant une toux rebelle et des laryngites persistantes, ne pourraient-elles relever de la lésion de l'amygdale linguale ?

Cette hypothèse mériterait d'être confirmée par des observations probantes, et viendrait ainsi puissamment aider, par sa confirmation, le praticien qui se trouve souvent impuissant devant une affection qui le déroute. D'ailleurs, dans le « stridulisme infantile », de même que les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des palatines, l'hypertrophie de l'amygdale linguale occupe une place désormais acquise.

D'aucuns prétendent que la femme est plus souvent atteinte que l'homme, mais l'impressionnabilité de

celle-ci plus marquée que celle de l'homme, peut donner lieu à des phénomènes morbides plus accentués.

D'autres ont voulu défendre la priorité du nombre chez la femme par la relation qui peut exister chez cette dernière, entre l'hypertrophie de la quatrième amygdale et les phénomènes de la ménopause. Nous ne saurions, cependant, admettre plus de relations entre la quatrième amygdale et les organes génitaux, chez la femme, qu'il n'en existe entre ces derniers et les autres organes pouvant être atteints par les phénomènes congestifs de la ménopause. Mais, tout en considérant les phénomènes de l'âge critique, comme un facteur prédisposant à la congestion de la base de la langue, grâce au riche plexus veineux qui s'y trouve, nous ne saurions cependant, lui accorder une trop grande part, comme cause primordiale de l'hypertrophie de la quatrième amygdale.

Pour Swain, certains tempéraments, tels qu'arthritiques, anémiques et rhumatisants, seraient plus enclins que les autres à contracter cette affection. Certes, nous n'avons jamais eu l'idée de réfuter l'assertion de cet éminent maître, qui a le plus contribué à élucider la question. Mais nous nous contenterons de faire remarquer que si la question diathèse peut, avec juste raison, entrer en ligne de compte, il ne faut l'admettre que dans les cas où tout autre cause ne peut être incriminée. Car, avec le principediathèse admis, il se peut toujours rencontrer dans la généalogie ascendante d'un malade, une entité diathésique.

Le tabac, dont la fumée renferme des principes âcres et irritants, paraît avoir une action bien marquée ; les épices, les boissons alcooliques et les liqueurs fortes, par leur usage fréquent, peuvent aussi servir de point de départ. En effet, la base de la langue sert de véritable palier d'attente, pendant la fin du premier temps de la déglutition, et la stase de produits irritants en cet endroit, peut expliquer certaines hypertrophies dont l'étiologie peut paraître obscure, même à un praticien des plus exercés.

L'usage prolongé de la parole et du chant a été constaté comme cause adjuvante, surtout par les maîtres américains. Notre observation I montre bien l'action que l'usage prolongé de la parole peut avoir pour faciliter la chronicité.

Le froid a été incriminé, ici, au même titre que pour l'hypertrophie des palatines.

Pour Ruault : « Le fait, coïncidence de l'imperméabilité nasale, notée dans certain nombre de cas, donne à penser que le fait de respirer la bouche ouverte, n'est pas indifférent à la production de la maladie ».

Aussi prétend-il que les causes nasales amenant l'hypertrophie chronique de l'amygdale peuvent s'expliquer par deux sortes d'idées :

1^o Poussées congestives réflexes de la région.

2^o Irritation de cette région congestionnée par l'air sec, impur, qui y passe lorsque le malade est réduit, par l'imperméabilité nasale, à respirer la bouche ouverte.

D'autre part, la texture anatomique étant sensi-

blement la même que celle des amygdales palatines et pharyngées, ne pourrait-on faire une identité étiologique entre l'hypertrophie de ces amygdales?

On voit d'ici l'importance que les bacilles diphtériques, scarlatineux, grippaux, typhiques prendraient immédiatement dans l'étiologie de notre étude, s'ils pouvaient entrer en ligne de compte. Malheureusement jusqu'à ce jour, il n'est venu à personne l'idée de s'enquérir de l'état de l'amygdale linguale dans les états pathologiques créés par ces bacilles.

Enfin la syphilis elle-même peut créer une hypertrophie de la quatrième amygdale, comme elle crée l'hypertrophie des autres amygdales. Nous avons, d'ailleurs une observation personnelle comme preuve (obs. VIII). Il arrive même quelquefois que lorsque tous les accidents syphilitiques ont complètement disparu sous l'influence d'un traitement énergique, il reste un état d'hypertrophie que rien ne rattache plus à la spécificité et susceptible du même traitement que les autres hypertrophies.

La paresthésie de la gorge peut amener l'hypertrophie de l'amygdale, de même que l'une et l'autre peuvent exister séparément ou se créer aux dépens l'une de l'autre.

Le catarrhe chronique nasal, lacrymal, peuvent aussi d'après Spicer, amener l'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue.

L'amygdalite catarrhale à récidives est aussi une cause fréquente d'hypertrophie chronique.

On observe quelquefois, concurremment avec l'hypertrophie des glandes folliculeuses, des varico-

sités des veines de la base de la langue, varicosités pouvant atteindre quelquefois un volume assez considérable. Mais, le plus souvent, ces varicosités sont conséquence de l'hypertrophie, de même qu'elles peuvent exister, les unes et les autres, sans coïncidence.

La tuberculose des glandes folliculeuses offre aussi de l'hypertrophie de ces glandes, mais nous ne croyons pas devoir faire rentrer cette hypertrophie spéciale dans le cadre de notre sujet, car elle appartient plutôt à l'étude de la tuberculose laryngée. Les observations prouvent en effet, que la tuberculose de la base de la langue n'est presque jamais primitive, et est le plus souvent due à une tuberculose pharyngée ou palatine propagée.

Quant à l'hypertrophie congénitale des glandes folliculeuses de la base de la langue, qui a été d'ailleurs constatée, nous ne ferons que la citer, ne voulant nous occuper ici que de l'hypertrophie dont l'évolution est inflammatoire.

SYMPTOMATOLOGIE

S'il est, comme nous le verrons tout à l'heure, des symptômes inhérents à l'hypertrophie de la quatrième amygdale, il y a d'autre part, des phénomènes inflammatoires qui peuvent exister avec ou sans l'hypertrophie et dont nous avons cru devoir parler dans ce chapitre : telles sont les varices de la base de la langue.

Nous nous trouvons en présence de deux sortes de symptômes, bien distincts les uns des autres de par leur essence même.

Les uns, facilement constatables par le praticien à l'aide du laryngoscope, sont les symptômes physiques ou objectifs ; les autres ne pouvant être perçus que par le malade, sont subjectifs, d'ordre fonctionnel ou réflexe.

Nous étudierons d'abord les symptômes physiques puisqu'il nous sera toujours permis de les constater lorsqu'ils existent.

SYMPTÔMES PHYSIQUES

Si l'on examine au laryngoscope la base de la langue d'un malade atteint de l'affection, on peut se trouver en présence de plusieurs cas.

1^o Les glandes, atteignant ordinairement la dimension d'une lentille, ont pris ici le volume double ou triple; elles sont de la grosseur d'un pois, d'un haricot, mais chacune d'elles est nettement séparée de ses voisines.



AMYGDALE LINGUALE NORMALE CHEZ L'ADULTE

Entre chacune d'elles, l'on peut apercevoir les veines superficielles de la base de la langue, qui apparaissent comme des traînées bleuâtres dans les sillons inter-folliculaires.

La muqueuse a perdu sa couleur ordinaire rose, pour prendre une teinte plus accentuée. Elle va du rose foncé au rouge intense et l'on aperçoit d'ordinaire au centre du follicule un point plus sombre encore, qui est son orifice obstrué quelquefois par des exsudats et qui prend dans ce cas, une teinte blanc sale. Cette forme est l'*hypertrophie disséminée*.

2^o Dans d'autres cas, au lieu d'apercevoir les follicules hypertrophiés nettement distincts les uns des autres, on ne trouve plus qu'une agglomération de petites tumeurs accolées les unes aux autres et pouvant atteindre le volume d'une amande.



HYPERTROPHIE EN MASSE DE L'AMYGDALE LINGUALE

Tantôt un seul côté est atteint par l'hypertrophie, tantôt les deux côtés sont atteints à la fois, mais il existe entre les deux une ligne de démarcation bien

nette, correspondant au milieu de la base de la langue, formant un sillon bordé par deux tumeurs distinctes. Quelquefois ces tumeurs peuvent cacher complètement les fossettes glosso-épiglottiques, atteindre le bord libre de l'épiglotte, dépasser même ce bord libre pour frôler la face interne de cette même épiglotte.

Cette deuxième forme est l'*hypertrophie massive* (Obs. III, VII et IX, etc.)

3^o Enfin, nous arrivons au dernier mode.



HYPERTROPHIE EN NAPPE DE L'AMYGDALE LINGUALE

Ici, tous les follicules sont pris, toute la base de la langue est hypertrophiée, on n'a plus qu'une seule masse mamelonnée, ne laissant plus voir les veines de la base de la langue, que lorsqu'il y a en même temps des varices de ces veines.

Les fossettes glosso-épiglottiques dans cette forme aussi peuvent être envahies, et le sont d'ailleurs dans le plus grand nombre de cas; il se peut aussi que le bord libre de l'épiglotte soit atteint et que des bourgeons descendent jusque sur la face postérieure de l'épiglotte (Obs. III).

C'est l'*hypertrophie en nappe* (Obs. IV).

A côté de ces signes physiques, sans lesquels il ne peut y avoir hypertrophie de l'amygdale, il existe quelquefois comme nous l'avons dit tout à l'heure, des varices des veines de la base de la langue, varices pouvant d'ailleurs exister sans aucune trace d'hypertrophie (Obs. II). Il nous semble utile cependant d'en dire quelque mots, car elles accompagnent très souvent l'hypertrophie amygdalienne (Obs. I, III, XI, etc) et d'autre part, un certain nombre de causes amenant l'hypertrophie sont aussi causes premières des varices des veines de la base de la langue.

Avec les rares auteurs s'étant occupés de ces varices nous dirons que leurs causes sont: influence des diverses inflammations déterminées du côté de la langue par le tabac, l'abus des liquides plus ou moins irritants, influence des efforts de toutes sortes, des morsures et des tumeurs situées sur l'organe ou près de lui, hérédité et constitution; influence des vaisseaux cérébraux, du système nerveux, du cœur, des poumons.

Mais cependant de toutes ces causes, à part les tumeurs et les traumatismes, les autres ne peuvent expliquer séparément la production des varicosités.

Il faut l'union collective, c'est-à-dire, par exemple,

qu'à côté de l'hérédité et de la constitution, vienne s'adjoindre une hyperémie résultant d'une affection cérébrale, cardiaque, pulmonaire; qu'à côté du grand âge vienne se joindre une faiblesse générale des tuniques veineuses ou une lésion nerveuse.

On voit alors, sous la muqueuse linguale, des cordons bleuâtres, noirs, violacés, entrecroisés ou enlacés comme un paquet de ficelle, pouvant atteindre le volume d'un œuf et pouvant, à première vue, faire croire à un angiome ou à un anévrysme.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont les mêmes que ceux que nous allons trouver pour l'hypertrophie de l'amygdale linguale, avec quelquefois cependant, des hémorrhagies plus fréquentes que dans l'hypertrophie, hémorrhagies venant effrayer le malade et son entourage en faisant croire à de la tuberculose pulmonaire au début (Obs. XI), même à des praticiens exercés chez lesquels l'idée d'hypertrophie amygdalienne n'a pu venir.

SYMPTÔMES SUBJECTIFS FONCTIONNELS OU RÉFLEXES

Si quelquefois, l'hypertrophie amygdalienne peut passer inaperçue, par l'absence de tout symptôme qui puisse gêner le malade, il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas, et nombreux sont les phénomènes qui peuvent amener un malade atteint d'hypertrophie à consulter un praticien.

Nous décrirons ces symptômes par ordre de fréquence et nous essaierons de montrer par quels mécanismes ils peuvent se produire.

SENSATIONS DE CORPS ÉTRANGER

Le plus fréquent de tous les phénomènes accompagnant l'hypertrophie de la quatrième amygdale, est la sensation d'un corps étranger siégeant dans l'arrière-bouche. La sensation du corps étranger change avec chaque malade et chacun d'eux définit d'ailleurs nettement, et le point où il le ressent, et la nature du corps qu'il croit ressentir. Pour les uns, c'est un cheveu, une peau, une arête ; pour d'autres ce corps semble devoir être moins ténu et ils accusent un morceau d'os, un fil, une boule, et cette sensation a cela de particulier qu'elle paraît toujours résider d'un seul côté de la gorge.

Pour la majorité des malades, ceux-ci savent très bien qu'ils n'ont aucun corps étranger dans la gorge ; mais chez d'autres, qui ont un tempérament névropathique très prononcé, non seulement la sensation de corps étranger est très accentuée, mais ils affirment avoir ce corps étranger et, à l'aide de circonstances plus ou moins favorables, circonstances dont ils précisent les moindres détails, ils arrivent à donner d'une façon excessivement exacte, la date et la façon dont le corps étranger s'est fixé dans leur gorge. Chez les patients affectés d'un pareil tempérament, il est difficile, quelquefois même impossible, de leur faire comprendre qu'ils sont sous le coup d'une simple illusion.

Cette sensation de corps étranger, sans que ce soit d'une manière absolument constante, augmente d'habitude avec la déglutition des liquides et de la

salive, et semble devoir être moins prononcée pour la déglutition des solides.

Comment pourrions-nous expliquer cette sensation précise de corps étranger ?

Reportons-nous à la théorie physiologique de la déglutition.

Lorsqu'après la mastication le bol alimentaire arrive vers la base de la langue, on éprouve une sensation vague, indéterminée, qui nous porte à déglutir ce bol. Cette sensation est produite par l'excitation des filets du glosso-pharyngien innervant la base de la langue et commandant au phénomène déglutition.

Si donc, à la place du bol alimentaire, nous nous trouvons en présence de follicules suffisamment hypertrophiés pour venir frôler les fossettes glosso-épiglottiques, leur présence en ces points, irrite les filets du glosso-pharyngien au même titre que le bol alimentaire et la déglutition s'exécute. Et, comme la masse hypertrophiée ne disparaît point, on comprend facilement, que chaque fois qu'elle vient frôler le glosso-pharyngien, le malade fasse des efforts pour parvenir à s'en débarrasser.

DOULEUR

Après cette sensation de corps étranger, le symptôme douleur arrive le plus fréquemment ; quoique ce ne soit pas un phénomène particulier seulement à l'hypertrophie qui nous occupe, il arrive si souvent dans cette affection que nous devons l'expliquer.

La douleur, dans la grande majorité des cas,

occupe un point fixe, toujours le même et elle est nettement localisée par le malade. Quant à l'explication, elle est si facilement obtenue, soit par irritation des filets nerveux, soit par compression de ces mêmes filets nerveux, soit par excoriation de la muqueuse, que nous ne croyons pas devoir nous étendre plus longuement là-dessus.

RACLAGE

Qui de nous, en présence d'un malade atteint de l'affection, n'a entendu ce même malade pousser fréquemment des « hem » puissants, donnant l'idée d'un véritable râclage laryngien par la colonne d'air chassée si brusquement? Pourquoi le malade râcle-t-il aussi fréquemment?

C'est qu'éprouvant cette sensation de corps étranger, corps dont il n'a pu se débarrasser par des déglutitions incessantes, il espère, par un brusque balayage provenant de la colonne d'air expirée, se débarrasser du corps gênant. Ceci s'explique aussi par la présence en cet endroit d'exsudats muqueux accolés à cette partie du conduit aérifère et donnant une sensation particulière de chatouillement.

TOUX; EXPECTORATION

C'est le phénomène « toux » qui cause le plus fréquemment des erreurs de diagnostic. En effet, souvent le malade n'éprouve pour tous symptômes qu'une toux sèche, quinteuse, persistante, semblable à la toux nerveuse de l'hystérie, et il arrive

fréquemment que le malade localise cette toux à la gorge, sentant très bien qu'elle n'est pas provoquée par des phénomènes pulmonaires.

Par contre, d'autres fois, cette toux persistante qui paraît naître sans raison plausible, sans qu'aucun autre phénomène ne l'accompagne, est mise sur le compte d'une tuberculose pulmonaire au début, surtout lorsque de petites hémorrhagies accompagnent cette toux. Et, le plus souvent, la simple inspection de la base de la langue montrerait immédiatement la bénignité de l'affection.

Comment expliquer cette toux quinteuse ?

Les uns l'attribuent aux frôlements de l'épiglotte par l'amygdale hypertrophiée et Gleitsmann prétend qu'elle est de règle quand l'hypertrophie empiète sur l'épiglotte. D'autres, l'attribuent spécialement au nerf laryngé supérieur irrité par l'hypertrophie amygdalienne.

Or, laquelle des deux théories admettre ?

L'anatomie descriptive nous apprend que les deux faces de l'épiglotte sont innervées par le laryngé supérieur, qui est un nerf sensitif.

De plus, la physiologie nous démontre que l'excitation de ce nerf sensitif par des corps étrangers, produit le reflexe toux et que, si l'on sectionne le nerf, ce reflexe disparaît.

Nous voyons donc que les deux théories qui paraissent interpréter différemment le réflexe toux dans le cas qui nous occupe, se réduisent à la même : excitation du nerf laryngé supérieur.

Nous voulons, puisque nous parlons en ce moment

de la toux, dire quelques mots sur l'expectoration qui la suit quelquefois.

Cette expectoration est formée de petits crachats muqueux, perlés, gris, ayant la grosseur d'un grain de riz. Lorsqu'elle est striée de sang, celui-ci provient soit de l'érosion de la muqueuse, soit de varicosités.

L'explication de ce sang est assez simple. Sous les efforts répétés de la toux, l'air, chassé violemment, vient heurter la superficie de l'amygdale hypertrophiée, à la façon d'un corps étranger ; ces heurts successifs érodent la muqueuse ou la congestionnent et favorisent ainsi les petites hémorrhagies.

NAUSÉE

Quant au phénomène nausée, que nous avons encore observé chez des malades, c'est aussi à la physiologie qu'il nous faut avoir recours pour l'expliquer.

Les expériences de Kronecker et de Meltzer ont montré qu'une vive excitation du nerf glosso-pharyngien arrête la déglutition.

Si l'on poursuit cette excitation, il se produit alors le phénomène inverse de celui que doit donner le glosso-pharyngien dans l'alimentation.

Donc, si le phénomène sensation de corps étranger est expliqué par l'excitation du glosso-pharyngien, le phénomène nausée est aussi expliqué par excitation du même nerf, mais ici, excitation prolongée, exacerbante.

TROUBLES DE LA PHONATION

Si ces phénomènes manquent la plupart du temps, par contre il est des cas où ils sont les seuls symptômes palpables, le fait primordial, comme l'ont montré surtout les observations des praticiens américains et particulièrement chez les chanteurs.

Chez quelques-uns c'est simplement un léger enrrouement éphémère, à la suite d'une discussion animée ou après de longs efforts oratoires; ce sont des phénomènes congestifs dépendant directement de l'hypertrophie.

Chez d'autres, et particulièrement chez les chanteurs, les notes aiguës ne veulent pas sortir, disent-ils, ou bien après quelques notes, ils se mettent à tousser et sont obligés de s'arrêter.

Nous savons que pour obtenir les notes aiguës ou la voix de tête, la partie moyenne de l'épiglotte s'incurve en avant, pour laisser à la partie antérieure des cordes vocales toute sa liberté. Or, si l'hypertrophie est suffisamment considérable pour, en s'adossant à l'épiglotte, empêcher l'incurvation de celle-ci, on comprend que la partie de la glotte destinée à donner les vibrations reste cachée et ne puisse entrer librement en jeu.

Nous arrivons maintenant à une série de phénomènes qui, sans dépendre toujours de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, paraissent devoir être liés à cette maladie, puisque lorsqu'ils existent concurremment avec elle, il arrive souvent qu'ils disparaissent avec l'hypertrophie.

De ce nombre sont les névralgies, non point locales, mais des névralgies éloignées, telles que sternales, scapulaires, épigastriques, cervicales, etc. D'autres présentent des paralysies à distance, comme en a observé Sapelier (*Gaz. des Hôpit.*, 1894). On a pu relever des cas d'œsophagisme relevant directement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale (*Société de Laryng.*, 1890, Joal), des cas d'ictus laryngé, de crises syncopales, etc.

Nous ne ferons que citer ces complications, ne voulant pas discuter ici le mécanisme de ces complications, n'ayant à traiter que de ce qui se rapporte directement à l'hypertrophie de l'amygdale linguale et non des troubles qui, d'après les observations, relèvent de personnes atteinte de névropathies dont elles ne sont que des accidents.

Certes, l'hypertrophie de l'amygdale linguale a pu évidemment par sa présence, qui concordait avec l'affection nerveuse du sujet, occasionner ou plutôt favoriser les troubles secondaires, mais il nous semble que si l'hypertrophie était un facteur, ce n'était pas la cause essentielle. Car, par lui-même, un symptôme est une manifestation devant être absolument rattachée à la lésion, et devant être provoquée par la lésion seule, et non par une lésion concomittante d'ordre névropathique. D'autant plus que, parmi tous les malades présentant ces complications, il n'en était pas un qui ne fût un névropathe, sinon dans toute l'acception du mot, du moins d'un tempérament nerveux nettement constatable. Une preuve de ce que nous avançons, et qui nous paraît devoir être

plus probante que toutes les théories qui peuvent être émises, c'est que ces complications peuvent persister et ont souvent persisté après la guérison totale de l'hypertrophie amygdalienne.

L'on pourra donc admettre que ces lésions secondaires ont pu être amenées par le réveil d'une lésion nerveuse latente, réveil provoqué par l'hypertrophie amygdalienne.

A côté de ces complications, il en est une nettement attribuable à l'hypertrophie amygdalienne, occasionnée par les symptômes subjectifs et non par les symptômes physiques. Nous voulons parler de l'état plus ou moins hypocondriaque dans lequel tombent les sujets malades, et nous avons, parmi nos observations, des cas probants de l'assertion que nous avançons (Obs. I, XI, etc.).

Par l'énumération de ces complications nous voyons qu'il nous est permis de les classer soit dans l'hystérie, soit dans la neurasthénie.

Dans l'hystérie, nous placerons, l'ictus laryngé, les crises syncopales, l'œsophagisme, l'asthme.

Dans la neurasthénie, nous classerons les névralgies à distance, et enfin, les phénomènes hypocondriaques, quoique certains auteurs se refusent absolument à ranger ces derniers troubles dans la névrose de Beard.

Quant à la marche de la maladie, elle est généralement assez lente et ne retrocédant jamais sans traitement.

Le pronostic est bénin ; cependant il doit être nettement réservé chez les sujets névropathes, en raison des complications réflexes qui peuvent subvenir

DIAGNOSTIC

Il nous reste maintenant à différencier l'hypertrophie de l'amygdale linguale, des affections de la base la langue, avec lesquelles elle pourrait être confondue cliniquement.

Ces affections sont :

Les kystes ;

Les tumeurs ;

Les affections syphilitiques ;

La tuberculose laryngée ;

Les névroses de la base de la langue ;

Les kystes occupent quelquefois la base de la langue ; leur grosseur variable, leur soulèvement uni peuvent entraîner certains troubles fonctionnels, donnant sujet à confusion, mais leur consistance, nettement molle et fluctuante, leur absence de bosselures éclaireront facilement le diagnostic.

Les tumeurs graisseuses ou lipomateuses indolentes se reconnaîtront à leur couleur jaunâtre, transparent sous la muqueuse ; puis la fermeté et

l'élasticité que l'on rencontre dans le tissu hypertrophié disparaît pour faire place à la situation de mollesse spéciale aux lipomes.

Les tumeurs malignes débutant par une hypertrophie papilleuse et une tumeur variqueuse s'accompagnent aussi de nodosités, mais ces nodosités se recouvrent d'érosions mettant à nu les papilles hypertrophiées et donnent naissance à des ulcères, d'où s'écoulent une sanie fétide. De plus, il y a de l'engorgement ganglionnaire et une cachexie rapide.

Les affections syphilitiques du second degré peuvent donner naissance à une hypertrophie spécifique, mais ici le traitement spécifique fait poser le diagnostic (Obs. VIII).

De même pour la période tertiaire, où, quelquefois cependant avant l'institution du traitement, l'ulcération de la gomme éclaire sur la nature de l'affection.

Quant à la tuberculose, elle est ordinairement secondaire à une tuberculose palatine ou laryngée, puis la présence des granulations spéciales à cette affection fera poser le diagnostic.

Il nous reste à parler des affinités que peut présenter l'hypertrophie de l'amygdale linguale avec les phénomènes d'ordre purement neurologique ou névropathique, et dont l'ensemble constitue les névroses de la base de la langue.

Ici nous n'avons plus analogie entre des symptômes physiques, mais seulement similitude de phénomènes subjectifs et souvent seulement psychiques.

Nous nous occuperons donc, dans ce paragraphe

spécial, de la paresthésie, de la glossodynie et de l'hyperesthésie.

La première présente, comme analogie avec l'hypertrophie de l'amygdale, les phénomènes subjectifs suivants : sensation de boule, fil, arête, sable, etc. . . accompagnée, comme dans l'hypertrophie, du besoin de déglutir ce corps étranger. Mais ici, il existe une différence notable qui peut permettre le diagnostic, sans avoir recours au laryngoscope. Tandis que, dans l'hypertrophie de l'amygdale linguale, cette sensation de corps étranger persiste pendant le repas, en augmentant même avec la déglutition des liquides, dans la paresthésie *sine materia*, au contraire, cette sensation disparaît aux repas.

De plus, tandis que dans l'hypertrophie les troubles sont persistants, continus, dans la forme purement nerveuse ils sont espacés, arrivant seulement par crises.

Enfin, l'image laryngoscopique montre nettement l'absence de toute hyperplasie folliculaire.

Dans la glossodynie un seul phénomène existe : la douleur localisée à un seul côté comme cela arrive souvent dans l'hypertrophie amygdalienne.

Sensation de piquûre, de brûlure, élancements, etc., etc., sont les différentes formes que peut revêtir la douleur. Cette douleur peut disparaître subitement pour ne reparaitre que plus tard, souvent après un ou plusieurs mois de répit. Cette douleur peut provenir quelquefois d'une lésion du laryngé supérieur. Mais, chez certains tempéraments particulièrement névropathes il peut exister une zone hystéro-gène telle,

qu'en pressant la partie du cou correspondant au point où siégeait la douleur, on peut la réveiller alors qu'elle avait disparu.

D'ailleurs, ne sait-on pas que, chez un tempérament foncièrement névropathe, un point quelconque sujet à des irritations répétées, peut devenir consécutivement le siège d'une vraie zone ou plaque hystérogène, ou, pour employer l'heureuse expression de Brodie, le siège d'une « hystérie locale ? »

Ici encore, l'image laryngoscopique montre qu'il n'existe aucune lésion des follicules.

Quant à l'hyperesthésie, elle produit, comme l'hypertrophie une toux sèche, quinteuse, pouvant amener un ictus laryngé.

Alors qu'il n'existe aucune lésion de la base de la langue, ces phénomènes peuvent relever les uns de l'hystérie, les autres de lésions nerveuses et même de troubles psychiques : mélancolie, épilepsie, délire de la persécution, paralysie générale, etc., qui présentent quelquefois paresthésie, glossodynie ou hyperesthésie.

Nous citerons enfin la tuberculose pulmonaire qui, par différents signes fonctionnels ou réflexes, tels que hémoptysies, douleurs dans le dos, toux quinteuse, peut avoir à son début, des analogies avec l'hypertrophie de l'amygdale linguale. D'ailleurs nombre de médecins et non des moins éminents, ont pu souvent prendre l'une pour l'autre et commettre ainsi de grandes erreurs de diagnostic, erreurs non préjudiciables, il est vrai, au malade, en tant que marche fatale de la maladie. Mais, les signes de la

tuberculose déclarée, n'existant pas au sthétoscope, on devra toujours s'assurer au laryngoscope de l'état de l'amygdale linguale, et l'on pourra ainsi être souvent rassuré sur un pronostic sombre, que l'on avait porté à tort.

TRAITEMENT

L'idée première de tout traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale est d'arriver à faire disparaître cette hypertrophie. Il est naturel, par conséquent, de s'adresser aux médications résolutives telles qu'iode, chlorure de zinc, acide chromique, etc. Les plus usitées sont la solution iodo-iodurée, la glycérine iodée, la résorcine à doses croissantes, en badigeonnage. Ces médications ont l'avantage de pouvoir être continuées par le malade lui-même, lorsqu'il est chez lui. Il sera bon d'aider l'action de ces résolutifs par des gargarismes antiseptiques ou astringents. Un des plus préconisés est le suivant :

Phénosalyl	1 gr.
Ess. de menthe	11 gouttes.
Eau	200 gr.

ou bien des gargarismes avec des eaux sulfureuses naturelles telles que Challes, Allevard, etc., ou avec des eaux préparées artificiellement.

Il ne faudra pas négliger de donner un traitement général s'adressant directement à la diathèse mise en cause.

Ce traitement général vient souvent puissamment aider le traitement local (Obs. II, etc.). Il consistera en lithine, huile de foie de morue, glycéro-phosphates, sirops et vins iodo-tanniques, arsenic, bromures, etc., etc., selon la diathèse à combattre.

Tel sera le traitement à suivre pour l'hypertrophie légère de l'amygdale linguale.

Mais si tous les caustiques ou résolutifs chimiques donnent évidemment d'excellents résultats, ils ont un inconvénient considérable celui de ne pouvoir donner, du moins certains d'entre eux, une certaine sûreté d'application, entre les mains inexpérimentées des malades et même, quelquefois, malgré l'expérience sûre du praticien. Cela tient en effet, à la difficulté de ne pouvoir appliquer ces liquides caustiques dans un endroit déterminé de la lésion, sans qu'ils ne puissent s'étendre plus loin, en vertu de leur diffusibilité physique ou chimique.

Aussi s'est-on adressé rapidement aux moyens chirurgicaux et nous allons passer ceux-ci en revue, en étudiant leurs avantages et leurs inconvénients.

Le premier mode est celui du bistouri, qui convenait à tous, puisqu'il était à la portée de tous. Mais il nous semble devoir être d'une application difficile, car on ne peut savoir jusqu'à quel point ira l'excision, et cela de par la texture élastique de la langue. Il est d'ailleurs, pour cela, abandonné aujourd'hui par tous les praticiens.

Il en est de même pour l'ablation par les ciseaux, méthode qui avait de plus, l'inconvénient de souvent exiger un aide, surtout lorsqu'il fallait saisir l'amygdale hypertrophiée avec une pince de Museux, comme dans la méthode de Heymann.

On a essayé ensuite l'excision à l'aide de l'anse froide, ou de l'anse galvanique. Ce sont évidemment de bons moyens, mais qui ne peuvent être appliqués que lorsque l'hypertrophie a atteint un certain degré.

Leur emploi nous paraît indiqué surtout lorsqu'il y a pédiculisation du follicule hypertrophié.

L'emploi d'une guillotine, analogue à l'amygdalotome employé dans l'hypertrophie des amygdales palatines, a été aussi indiqué. Cette guillotine présente en plus, une courbure analogue à celle de la langue.

Si souvent, elle est d'un bon usage, dans d'autres cas, entre autres ceux où l'hypertrophie est accompagnée de varicosités, son emploi doit être rejeté, par crainte d'hémorragies graves, semblables à celles qui accompagnent, beaucoup plus rarement d'ailleurs, l'excision des amygdales palatines.

Le morcellement, à l'aide d'une pince à mors tranchants, semblable à celle employée pour les amygdales palatines, est aujourd'hui un mode courant. Il est surtout indiqué dans les hypertrophies en masse. Il peut, de plus, être relativement calculé et est plus avantageux que l'amygdalotome, en ce sens qu'il n'a jamais donné que des hémorragies légères. On peut cependant, lui faire une critique: dans les cas légers, l'amygdale hypertrophiée, ne présentant

pas une masse assez grosse, peut se dérober sous la pression de la pince, en raison de l'élasticité de la base de la langue.

Nous arrivons enfin à la cautérisation par les corps en ignition.

Le thermocautère est à rejeter de suite, car la trop grande chaleur rayonnante qu'il donne peut occasionner des brûlures sur la muqueuse restée saine.

Reste la galvanocautérisation.

Après un badigeonnage à la cocaïne à 1/10, sous le contrôle du laryngoscope on détruit le tissu adénoïde hypertrophié avec le galvanocautère. On peut sans aide détruire ainsi ce que l'on veut et autant que l'on veut. Certes, après son application, le sujet éprouve un certain degré de dysphagie, plus ou moins prononcée. Il est utile de diminuer autant que possible cet état douloureux. Aussi ne détruit-on pas, en une seule séance, toute la masse hypertrophiée, mais on y arrive par séances successives.

Il nous semble que, par la sûreté d'évaluation et la facilité d'application, le galvanocautère est l'instrument de choix, surtout dans les cas où le morcellement n'est pas possible. Lorsque, d'ailleurs, la pince à mors est utilisable, il arrive un moment où la masse de tissu adénoïde ne peut plus être saisie par elle, soit qu'elle fuyé devant la pince, soit qu'elle ne soit plus assez volumineuse, l'on continue alors, avec le galvanocautère, la destruction commencée.

Quant au phénomène dysphagie, s'il est par trop accentué, on aidera à sa disparition, soit par application desolutions mentholées soit par gargarismes glacés.

D'ailleurs, après deux ou trois jours, la dysphagie a totalement disparu et l'on peut recommencer à nouveau l'application du cautère électrique. On ne traitera, d'ailleurs, qu'un côté à la fois, pour ne tenter la destruction de l'autre côté qu'une fois le premier guéri.

Quant au traitement des varices de la base de la langue, c'est encore au galvanocautère qu'il faut s'adresser. Ici aussi on ne cautérise qu'un seul côté à la fois et en plusieurs séances.

Après ce traitement, on a vu les phénomènes nerveux ou psychiques complètement disparaître, surtout ceux provenant d'un état neurasthénique acquis par l'effroi des symptômes morbides, symptômes qui avaient épouvanté le malade et, souvent, son entourage qui, pas plus que lui, ne pouvait se rendre compte du peu de gravité de l'affection.

La façon d'opérer doit être la suivante : après anesthésie locale avec la cocaïne, le malade saisit lui-même sa langue et l'attire au dehors. L'opérateur est assis, bien en face du malade. Il introduit le laryngoscope en avant et contre la luette, pour voir la partie malade nettement éclairée par le réflecteur que le praticien a eu soin d'adapter à son front. Il maintient le laryngoscope en place de la main gauche. De la main droite il introduit le galvanocautère et établit le courant lorsqu'il atteint l'amygdale hypertrophiée. On prolonge alors le contact du cautère avec la muqueuse, plus ou moins longtemps, suivant la quantité de tissu adénoïde hypertrophié, que l'on veut détruire.

OBSERVATIONS

Nous aurions pu adjoindre à notre thèse quantité d'observations inédites, recueillies à la clinique de l'Antiquaille, de M. le professeur agrégé Lannois, Nous avons pris seulement les plus typiques, jugeant inutile d'adjoindre à celles-ci des observations qui n'auraient rien ajouter à leur valeur probante. Nous avons cru devoir faire paraître à leur suite quelques observations d'auteurs américains, observations portant surtout sur les troubles amenés par l'hypertrophie de l'amygdale linguale chez les chanteurs.

OBSERVATION I

(Inédite.)

(Communiquée M. par le docteur LANNOIS,)

M. de X. . . , âgé de 48 ans, est vu en consultation avec le docteur Grabinski, de Neuville.

Tempérament arthritique.

Depuis plus d'un an il est tourmenté par une sensation de gêne qu'il rapporte à la partie supérieure du cou ; par une légère sensation de strangulation de la gorge et par la nécessité de râcler constamment.

Il y a deux ans, environ, il a présenté des hémorrhagies par le canal de l'urèthre, et a été opéré, à deux reprises différentes, par M. le docteur Pollosson, pour des polypes de la vessie, dit-il.

Actuellement il va bien de ce côté-là. Mais il est tourmenté par de petits crachats de sang, et il nous présente un mouchoir sur lequel on voit, en effet, des mucosités teintées en rouge. Il les attribue à des polypes qui se tiendraient dans la gorge : il est devenu très neurasthénique à l'idée qu'il lui faudra subir à nouveau des opérations douloureuses.

Comme il a quelques troubles digestifs, il s'imagine que ces polypes sont descendus le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac.

L'examen du pharynx montre un état peu accentué de pharyngite hypertrophique, mais on trouve une hypertrophie considérable de l'amygdale linguale, surtout du côté droit, avec un état variqueux très prononcé des veines de la base de la langue.

Bien que l'on n'aperçoive pas de point ulcéré, il est vraisemblable que c'est de là que viennent les petites hémorrhagies qui effraient le malade.

On cautérise l'amygdale linguale hypertrophiée au galvanocautère et on prescrit un traitement consistant en badiageonnages de résorcine, gargarismes au phénosalyl, et lithine à l'intérieur.

Un mois plus tard, le 17 juillet, le malade était tout à fait amélioré et n'avait plus eu de crachements de sang. Il continue, cependant, à parler avec crainte des polypes qu'il suppose avoir dans la gorge.

Le 8 septembre, le malade ayant eu quelques crachats teintés de sang, on fait une cautérisation que l'on renouvelle le 22 septembre.

Le 23 mai 1901, le malade revient nous voir. Il a été très bien tout l'hiver, qu'il a passé dans le Midi, bien qu'il ait eu encore quelques crachats sanglants et qu'il se soit fait cautériser par le docteur Revillet.

Ayant eu beaucoup à parler, ces jours-ci, il a encore eu les mêmes phénomènes. L'amygdale hypertrophiée a totalement disparu, il ne reste plus que quelques veinosités un peu développées, sur lesquelles on fait à nouveau une cautérisation.

Depuis lors, le malade a été très bien; tous les phénomènes ont disparu complètement, et il est maintenant complètement rassuré sur la nature de son affection.

OBSERVATION II.

MANON, *Thèse de Bordeaux*, 1886.

Varices de la base de la langue.

Mme la comtesse de X... , 40 ans (Nièvre), novembre 1884, présente des granulations pharyngées, des varices sur les piliers postérieurs.

Sur la base de la langue, riches faisceaux de varices parallèles, toutes dirigées d'avant en arrière.

Cette malade présente, en outre, des symptômes nerveux très manifestes. Douleurs vagues entre les épaules, dans la région lombaire et dans les membres.

A fait plusieurs saisons à Saint-Honoré, et m'a été adressée par mon confrère et ami, M. le Dr Odin.

En 1884, je me contente de cautériser les granulations pharyngées au galvanocautère.

Nouvelle saison à Saint-Honoré, en 1885.

En 1886, je revois la malade pour la deuxième fois.

Les troubles nerveux dominant tout, elles se plaignent surtout de la sécheresse, avec sensation de brûlure à la gorge; le pharynx est en bon état et ne présente plus que quelques granulations isolées.

En trois séances, je détruis au galvanocautère toutes les veines de la base de la langue; ces varices s'affaissent sans difficulté.

Il existe aussi des paquets veineux dans les deux fossettes

glosso-épiglottiques ; ces dernières veines se dirigent vers la base de la langue.

Je conseille à la malade de faire une nouvelle saison à Saint-Honoré, mais, dans le but surtout, d'y faire un traitement hydrothérapique, qu'elle ne pouvait suivre chez elle.

Je prescris aussi quelques doses d'hamamelis virginica.

En octobre 1886, la malade va beaucoup mieux.

Les symptômes nerveux généraux, ainsi que ceux de la gorge, ont presque disparu.

Je fais encore deux ou trois cautérisations au galvano-cautère, sur la base de la langue.

L'état variqueux de la base de la langue n'existe pour ainsi dire plus.

OBSERVATION III

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr FERRAN.)

Hypertrophie de l'amygdale linguale et varices.

M. F..., instituteur, arthritique, bonne constitution. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de maladies antérieures. Se plaint de douleurs légères quand il avale et les localise lui-même à gauche. Il lui arrive quelquefois de cracher des mucosités légèrement striées de sang, ce qui l'inquiète beaucoup depuis un an, car il est obligé de parler beaucoup, de par son emploi, et c'est après de longues causeries qu'il est le plus fatigué.

A l'examen somatique général, un peu d'emphysème pulmonaire, que le malade nous dit avoir d'ailleurs depuis sa jeunesse.

Rien au nez ni à la région buccale.

Du côté du pharynx, pharyngite hypertrophique assez prononcée, ce qui provient de l'abus du tabac que fait le malade.

A la base de la langue, amygdale linguale entièrement

hypertrophiée, surtout à gauche, où elle fait une saillie surplombant l'épiglotte et plusieurs follicules descendent en grappe sur la face postérieure.



HYPERTROPHIE UNILATÉRALE DE L'AMYGDAL LINGUALE

Du côté droit, grosses varicosités formées par un réseau rougeâtre de vaisseaux entortillés; il y a bien, à gauche, aussi quelques varicosités, mais moins accusées qu'à droite.

Le malade a des râclements et des besoins de déglutir continuellement, et fait des efforts de toux très gênants.

On lui fait une première cautérisation au galvanocautère.

D'autres cautérisations sont faites ultérieurement qui font disparaître les follicules proéminents.

Son état est considérablement amélioré et marche vers une guérison complète, car il est encore en cours de traitement.

OBSERVATION IV

(Inédite.)

(Consultation gratuite du Dr LANNOIS.)

Marguerite C..., 32 ans.

A eu, il y a 9 ans, une maladie nerveuse, dont elle a été soulagée par un traitement prolongé. Mais elle est restée anémique et présente une nervosité assez prononcée.

Il y a deux ans, au mois de janvier, angine grave qui a guéri, mais lui a laissé, dit-elle, une grande faiblesse dans la gorge. Elle a constamment une sensation de gêne et veut avaler ce qu'elle croit avoir à la gorge.



HYPERTROPHIE EN NAPPE DE L'AMYGALE LINGUALE

A constamment envie de cracher et se sent souvent étouffer; en proie à une oppression très forte et ne peut parvenir à avoir son souffle.

A des céphalées intenses le soir, des malaises, des maux de cœur et, pour un rien, dit-elle, elle tomberait à terre

Ressent un froid constant dans le dos et dit avoir de l'eau entre les deux épaules.

Se sent triste, a des noirs épouvantables et croit avoir au larynx une lésion très grave.

A l'inspection, rien de spécial au point de vue nasal, pharygien et buccal.

Mais l'amygdale linguale présente une hypertrophie en nappe superbe, recouvrant l'épiglotte en partie.

On commence les cautérisations le 18 novembre 1901, et on les répète tous les huit jours.

Dès les premières, elle se sent une amélioration sensible au point de vue de sa gorge.

L'hypertrophie est aujourd'hui presque complètement disparue.

La malade, qui est toujours en cours de traitement, est débarrassée des troubles de la gorge et est considérablement améliorée au point de vue de son état nerveux.

OBSERVATION V

(Inédite. — Personnelle.)

F..., Marie, 27 ans.

Bonne santé antérieure.

Ne se sent, pour ainsi dire, pas mal à la gorge, mais a quelquefois un petit point douloureux à la langue. Ce qui la gêne surtout c'est une toux persistante, résistant à tous les traitements qu'elle a pu employer.

A souvent des envies de vomir n'entraînant, il est vrai, jamais de vomissements.

A l'examen général, rien aux poumons.

Quelques malaises gastriques très légers.

Rien au pharynx, ni à la rhinoscopie postérieure.

Mais, à la base de la langue, du côté gauche, côté qui fait quelquefois souffrir la malade, on trouve une légère hypertrophie de l'amygdale linguale.

On fait une cautérisation au galvanocautère.

Après quelques séances de cautérisations, l'hypertrophie disparaît totalement et, avec elle, tous les phénomènes qui, d'ailleurs, ne se sont plus renouvelés.

OBSERVATION VI

(Inédite).

(Communiquée par le Dr FERRAN).

Mme L..., de Saint-Fons, 44 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de stigmates hystériques ; bonne santé habituelle.

Il y a quatre ans, après avoir mangé du gigot, elle a cru avoir avalé un os, car elle s'est sentie piquée à la gorge.

Depuis cette époque, cette sensation douloureuse qui la gêne beaucoup a persisté, avec des alternatives de soulagement et d'exacerbation, qui paraissent s'augmenter avec le froid.

A l'examen. — Hypertrophie considérable de la quatrième amygdale qui surplombe complètement l'épiglotte, qu'il est presque impossible de voir, car elle est comme enchâssée dans une niche, dans la cavité amygdalienne où elle disparaît au moment de l'examen.

Cette amygdale hypertrophiée est cautérisée au galvano-cautère.

Le côté droit, siège de la douleur, est le premier traité.

L'hypertrophie diminue ainsi que les sensations de gêne et de douleur.

Après quelques séances de cautérisation la malade voit tous ses phénomènes douloureux disparaître, en même temps que l'hypertrophie de son amygdale.

Elle a été revue depuis à plusieurs reprises et peut être considérée comme complètement guérie.

OBSERVATION VII

(Personnelle inédite).

Mme P..., 55 ans.

Bonne constitution, nerveuse, mais n'a jamais eu de crises.

Aucun antécédent personnel ni héréditaire.

Depuis un an, sans cause appréciable, éprouve une sensation de brûlure ou de cuisson à la déglutition.

Il lui semble qu'elle a quelque chose d'humide qui s'arrêterait dans son gosier. Elle voudrait l'avaler, mais ne peut y parvenir. Ses déglutitions trop fréquentes ne lui laissant point de salive, elle éprouve des sensations de cuisson.

Rien à l'examen général.



HYPERTROPHIE EN MASSE DE L'AMYGDALE LINGUALE

Rien du côté de la bouche, ni au nez, ni au pharynx. A la base de la langue et de chaque côté, on voit son amygdale considérablement hypertrophiée et formant deux masses distinctes.

Ces éminences surplombant l'épiglotte viennent la frôler et occasionnent ces déglutitions si fréquentes.

On cautérise au galvanocautère.

Dès les premières séances la malade accuse une amélioration très sensible.

Après dix séances de cautérisations, l'hypertrophie a disparu et la malade est complètement débarrassée des phénomènes qui l'avaient amenée à nous consulter.

OBSERVATION VIII

(Inédite).

(Consultation gratuite du Dr LANNOIS.)

Hypertrophie syphilitique.

Joseph Ch..., est amené par le docteur Bouveyron à la consultation.

Ce malade, qui est syphilitique, souffre d'une dysphagie intense, que l'on expliquait par des plaques siégeant sur les amygdales palatines.

Sous l'influence d'un traitement énergique, les accidents syphilitiques ont complètement disparu, tandis que la dysphagie persiste toujours.

A l'examen. — Rien de particulier. Mais l'amygdale linguale est nettement hypertrophiée.

On cautérise avec du nitrate acide de mercure, en raison de la spécificité.

Au bout de quelques cautérisations, l'hypertrophie a considérablement diminué et le malade voit ses phénomènes dysphagiques disparaître totalement.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Personnelle.)

Mlle Marie M..., 35 ans.

Rien au point de vue héréditaire.

Comme antécédents personnels a été opérée autrefois pour des végétations adénoïdes.

Depuis environ un an et demi ressent des piqûres et des cuissons à la déglutition.

Par moments ces sensations douloureuses ont des poussées aiguës et s'irradient dans les oreilles.

A l'examen on trouve une amygdale linguale très hypertrophiée et divisée en deux lobes distincts.

On cautérise au galvanocautère.

Les phénomènes douloureux disparaissent complètement, en même temps que l'hypertrophie de l'amygdale, après plusieurs séances de cautérisation.

OBSERVATION X

(Inédite.)

(Consultation gratuite du Dr LANNOIS.)

Madame D..., 30 ans.

Bonne constitution.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels.

Depuis un an seulement se plaint d'avoir comme une peau dans la gorge, sans pouvoir arriver à s'en débarrasser.

Elle éprouve, à tout instant, le besoin d'avaler sa salive.

A l'examen : hypertrophie en nappe de l'amygdale linguale, qui remplit les espaces glosso-épiglottiques.

On cautérise au galvanocautère.

Le traitement améliore considérablement la malade dès le début.

Après plusieurs séances de cautérisations l'hypertrophie a disparu, ainsi que les phénomènes concomittants.

OBSERVATION XI

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr LANNOIS.)

Varices et hypertrophie de l'amygdale linguale

Mlle Lucile B... , âgée de 17 ans 1/2, nous est adressée par le Dr Jacquelot, de Mâcon.

C'est une grande fille d'aspect un peu anémique, qui depuis un an est atteinte d'une toux très pénible, sèche, quinteuse, qui s'est accompagnée à plusieurs reprises d'une expectoration striée de sang. Depuis un mois elle se sent plus fatiguée. Elle a des sueurs nocturnes et bien que l'examen des poumons pratiqué à plusieurs reprises n'ait rien révélé d'anormal, notre confrère est très préoccupé de la possibilité d'une tuberculose au début.

La jeune fille, en raison des préoccupations qu'elle voit naître dans son entourage, par son état maladif, est devenue elle-même un peu névropathique et déprimée.

On ne trouve chez elle aucun antécédent, si ce n'est toutefois qu'à l'âge de 4 ou 5 ans, elle a eue, à la suite d'une amygdalite (?) droite, un abcès du cou qui a laissé une petite cicatrice sous le maxillaire.

A l'examen :

On constate, tout d'abord, l'existence d'une grosse amygdale droite; l'amygdale gauche elle aussi est volumineuse, mais bien moins; quelques granulations pharyngées éparses et enfin l'existence d'une énorme amygdale linguale.

Les deux côtés de la base de la langue sont pris, mais surtout le côté droit; on voit de petites masses se réunir à la base de l'amygdale palatine, et l'épiglotte est à demi-recouverte par les follicules hypertrophiés.

On ne voit pas d'ulcérations à proprement parler, mais il y a au-dessus de la masse principale hypertrophiée, des varicosités très développées.

On ne trouve rien autre, ni au larynx, ni aux poumons et on porte un diagnostic favorable.

Des cautérisations un peu fortes sont pratiquées sur l'amygdale linguale et on prescrit des badigeonnages à la resorcine et une solution iodo-tannique.

L'effet fut très remarquable, car lorsque la malade revint un mois après, elle n'avait plus aucun crachement de sang, elle ne toussait plus que très peu, et consécutivement son état général s'était beaucoup amélioré.

Nouvelles cautérisations au galvanocautère qui suffirent pour assurer la guérison. Cette dernière a persisté d'après les nouvelles que nous avons reçues depuis sur l'état de notre ancienne malade.

OBSERVATION XII

(HOLBROCK-CURTIS. — *New-York medical Journal*, 1884.)

Mlle E. . . , âgée de 19 ans, vint, au mois de mai dernier, me consulter en disant qu'elle avait perdu sa voix en janvier, ayant chanté par un froid intense; depuis elle a maigri considérablement. Cette affection fut diagnostiquée phtisie laryngée.

Elle se plaignait de douleurs intenses dans la gorge, s'irradiant aux clavicules et aux oreilles.

Pendant trois mois elle resta sans parler, communiquant ses pensées par écrit. Plus tard elle put dire quelques mots, mais l'effort était invariablement accompagné de douleurs graves dans la gorge.

Pas de toux, à l'exception d'un effort nerveux causé par une sensation de chatouillement, quand elle commence à parler.

Quand elle a paru à ma consultation, son cou était couvert de petits boutons, résultant de l'application d'emplâtres de collodion cantharidé afin d'obtenir une révulsion.

L'examen laryngoscopique a démontré que les cordes vocales étaient en bon état et qu'il n'y avait pas d'affection pathologique du pharynx et du larynx, à l'exception d'une anémie excessive.

A la base de la langue, au contraire, il y avait une masse de tissu hypertrophié de consistance molle, présentant l'aspect général de ces masses de végétations agglutinées comme on en trouve sur la voûte du pharynx.

Ce tissu hypertrophié affectait la forme d'une noix. L'examen microscopique pratiqué sur un fragment de cette tumeur m'avait amené à la considérer comme un adéno-myxome n'ayant pas subi la dégénérescence caséuse.

J'enlevai, au moyen de l'anse de Jarvis, une partie de cette tumeur et, à ma grande surprise, la malade pouvait parler sans douleurs dix jours après.

Trois semaines plus tard, la tumeur ayant complètement disparu, la malade retourna chez elle. Je conseillai à la famille de faire de temps en temps des applications d'iodure et de glycérine. J'ai été informé que jusqu'à ce jour, la malade est en bonne santé.

OBSERVATION XIII

(CURTIS, *New-York Medical Journal*, 8 novembre 1884.)

Mlle Rose B..., âgée de 24 ans, vient me consulter et me raconte les faits suivants :

La malade était venue dans une ville de la Californie possédant une voix remarquable et elle fut engagée comme soprano dans une des plus grandes églises de San-Francisco. Là elle attira une attention si grande qu'un impresario des plus connus lui conseilla de se joindre à sa compagnie comme prima-dona ; à la clôture de son engagement à San-

Francisco, elle s'en alla avec sa troupe à Dewer où elle contracta une laryngite aiguë; elle chanta cependant pendant six mois dans le grand opéra. Après ce temps la voix lui fit complètement défaut.

La malade se retira et se soumit à un traitement médical. Quand elle vint chez moi pour suivre un traitement particulier, elle avait contracté un engagement dans un chœur d'opéra-comique pour deux ans. Sa voix devint tout à fait claire dans une soirée. Le lendemain il lui fut impossible de chanter et la voix disparut même presque complètement. Elle disait qu'elle avait la corde vocale paralysée, qu'elle avait été traitée par l'électricité sans amélioration.

L'examen laryngoscopique a révélé qu'il n'y avait rien d'anormal, mais la vue de la corde vocale était très difficile dans l'état relâché où se trouvait l'épiglotte. En attirant la langue au dehors, je constatai dans le miroir une hypertrophie énorme du tissu de la base de la langue, s'en allant jusque dans la fosse glosso-épiglottique.

L'épiglotte était refoulée, si bien que l'on ne pouvait voir la corde vocale, et elle était congestionnée, le pharynx anémié, à part cela, rien de plus à noter.

J'instituai immédiatement un traitement tonique avec légère dose d'iodure de potassium et je fis des applications d'acide chromique sur le tissu glandulaire; j'ai interdit le chant et je conseillai l'hygiène soutenue.

Les tumeurs ayant été affaissées, je fis des applications astringentes sur la gorge.

Elle recommença de nouveau le chant. Elle me dit alors qu'elle sentait encore une sensation de tiraillement dans la gorge et que cette douleur s'irradiait aux oreilles lorsqu'elle avait trop parlé. Tout ceci disparut avec la guérison de l'hypertrophie. Au bout de six mois, Mlle B... put aborder les principaux rôles : elle m'a écrit dernièrement que sa voix était aussi forte qu'auparavant.

OBSERVATION XIV

(D^r PEYRE-PORSCHER, de Charleston. *Medical News*. mars 1889.)

Le docteur Peyre-Porscher rapporte le cas de Mme F..., âgée de 40 ans, qui, à l'examen laryngoscopique, présentait deux masses de tissu cellulaire au niveau des papilles caliciformes et étendues de la base de la langue jusqu'à l'épiglotte.

Chaque tumeur avait les dimensions de la dernière pharynx. Entre les deux existait un espace libre, il y avait en outre une très légère inflammation de cette partie.

Tout ceci ne causait pas de douleurs, mais une sensation désagréable d'obstruction et sensation de chatouillement dans la gorge.

Le docteur Peyre enleva entièrement l'une des masses et une partie de l'autre avec le tonsillotome de Mackensie, et il obtint la guérison complète de l'affection.

OBSERVATION XV

(Thèse Teulières, D^r MOURE, Bordeaux, 1889.)

M. M..., âgé de 91 ans, se présente à la consultation de M. le docteur Moure, le 4 janvier 1888, pour une affection de la gorge.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : il y a cinq mois, le malade s'aperçut qu'il éprouvait de la difficulté à la déglutition, surtout pour avaler la salive et les aliments demi liquides. M... a remarqué que les aliments solides passaient mieux.

De temps à autre, il ressentait des douleurs lancinantes, spontanées dans un des côtés de la gorge, comme s'il avait un corps étranger arrêté à l'arrière-gorge.

Malgré ses efforts d'expulsion et de déglutition, il ne parvenait à rejeter que quelques mucosités sans caractères. Après avoir subi divers traitements restés inefficaces, il est

venu consulter M. Moure, très inquiet de son état qu'il croyait grave.

L'examen de l'arrière-gorge révèle l'intégrité de cette muqueuse, le nez est également sain.

A l'examen laryngoscopique, M. Moure constate que le pharynx inférieur est sain, mais que la base de la langue est parsemée de follicules rouges hypertrophiés, se présentant sous la forme de mamelons isolés, occupant surtout les parois latérales et ayant environ le volume de petits pois, sessiles par leur base. L'épiglotte est normale. La région arythénoidienne est quelque peu enflammée. Les bandes ventriculaires et les cordes vocales inférieures sont en parfait état.

Le traitement a consisté en gargarismes avec borate de soude et bromure de potassium et en pulvérisations balsamiques.

Sous cette influence, le malade revient quelque temps après très amélioré, et, quelques jours après, complètement débarrassé des symptômes qui l'inquiétaient le plus.

CONCLUSIONS

1° Il existe à la base de la langue une série de glandes folliculeuses, placées directement sous la muqueuse. Ces glandes présentent une texture anatomique analogue à celle des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée.

C'est ce qui a permis de donner le nom d'amygdale linguale ou quatrième amygdale, à l'ensemble de ces glandes folliculeuses.

2° Cette amygdale est sujette à une affection lui appartenant en propre : l'hypertrophie des tissus concourant à sa formation.

3° Cette hypertrophie, qui présente une étiologie des plus complexes, est plus souvent constatée chez l'adulte que chez l'adolescent, quoique ce soit chez ce dernier qu'elle présente son maximum d'évolution.

4° Elle est caractérisée par deux sortes de phénomènes: les uns objectifs, constatables au laryngoscope: les autres, subjectifs, fonctionnels ou réflexes, sensation de corps étranger, nausées, troubles de la pho-

nation etc., pouvant acquérir un certain degré de gravité et donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

5° Le traitement s'adresse directement à la partie hypertrophiée, et a pour but, sinon la destruction du moins la réduction de la partie hypertrophiée.

6° Le traitement de choix est, soit la galvanocautérisation, soit le morcellement. Ce dernier, de préférence, dans les hypertrophies considérables.

On peut, d'ailleurs, combiner les deux modes, pour hâter la guérison.

7° La destruction de l'hypertrophie devra être faite en plusieurs séances, suivant le degré qu'elle a atteint.

8° Dans le cas de coïncidence de diathèse, il sera utile de combattre cette diathèse par un traitement approprié, ce qui hâte toujours la guérison de l'hypertrophie.

Vu :

Le président de la Thèse,

J. COURMONT

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 février 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- HEYMANN. — *Berlin. Klin. Vochenschrift.*, 1871.
BETZ. — *Monats. für Ohrenheilk.*, 1879.
ARLOING et CHAUVEAU. — *Anatomie comparée*, 1871.
FREY. — *Traité d'Histologie*.
SAPPEY. — *Anatomie descriptive*.
POIRIER. — *Anatomie descriptive*.
KRIEGER. — *Étiologische Studien*, Strasbourg 1880.
LENNOX-BROWNE. — *Congrès international de Laryngologie*,
Milan 1880.
— *London Medical Record*, 1888.
— *Lancet*, 1893.
STOHR. — *Archiv, für Anat. und Physiol.*, vol., XCVIII,
page 211.
OSTMANN. — *Dissert.* Berlin, 1884.
CURTIS. — *New-York Medical Journal*, 1884.
WALDEYER. — *Deutsch. Med. Vochenschrift*, 1883.
RETTNER. — *Compte-rendu Académie des Sciences*,
14 décembre 1885.
— *Compte-rendu Société de Biologie*, 1886.
— *Journ. d'Anat. et Phys.*, page 1, 1888.
SWAIN. — *Deutsch. Archiv. für Klin. Med.*, tome XXXIX,
1886.
RICE. — *New-York Med. Journal*, 1886.
SEIFERT. — *Berlin. Klin. Vochenschrift*, 9 mai, 1887.

- MANON. — *Varices de la base de la langue*. Thèse Bordeaux 1886.
- GLEITSMANN. — *Medical Record New-York*, 17 décembre, 1887.
- MAC-BRIDE. — *Edinburg Medical Journal*, septembre 1887.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- RUAYLT. — *Archiv. de Laryngologie*, 1888.
- *France Médicale*, nos 65, 66, 67, 1888.
- BALME. — Thèse de Paris, 1888.
- TEULIÈRES. — Thèse de Bordeaux, 1889.
- BEVERLEY-ROBINSON. — *New-York Medical Record*, 4 fev. 1888.
- FARLOW. — *Boston Med. and Surg. Journal*, 2 février 1888.
- SALLARD. — Bibliothèque Charcot-Debove.
- BARCLAY-BARON. — *Bristol Med. and Surg. Journal*, juin 1890.
- JOAL. — *Société Franç. de Laryng.*, 1890.
- *Rev. Hebd. de Laryng.*, 1893.
- WYAT-WINGRAWE. — *Journ. of laryng., rhin. and otol, New-York*, 1892.
- CL. CHAUVEAU. — *Arch. Internat. de Laryng.*, 1892.
- SAPÉLIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 9 janv. 1894.
- AYMÉ. — Thèse de Paris, 1895.
- DIDSBURY. — *Arch. intern. de Laryng.*, 1897.
- RICCI. — *Archiv. itali. di otolo.*, 1897.
- ESCAT. — *Société fran. d'oto., rhino., laryngo.*, mai 1898.

